

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

56

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre BERTIN

né le 16 Janvier 1908, à Escardes (Marne).

Les Kystes Hydatiques Calcifiés du Foie
à forme de coliques hépatiques

Président : M. M. LOEPER, Professeur.

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
49, BOULEVARD SAINT-MICHEL (v°)

1937

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre BERTIN

né le 16 Janvier 1908, à Escardes (Marne).

Les Kystes Hydatiques Calcifiés du Foie
à forme de coliques hépatiques

Président : M. M. LOEPER, Professeur.

PARIS
LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
49, BOULEVARD SAINT-MICHEL (v°)

1937

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		DESGREZ.
Bactériologie		Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique		ROUSSY.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée		FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		Maurice VILLARET.
Clinique médicale		LOEPER.
		CARNOT.
		CLERC.
		Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance		LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants		NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses		LEMIERRE.
Clinique chirurgicale		CUNÉO.
		GOSSET.
		GRÉGOIRE.
		LENORMANT.
Clinique ophtalmologique		TERRIEN.
Clinique urologique		MARION.
Clinique d'accouchements		BRINDEAU.
		COUVELAIRE.
		JEANNIN.
Clinique gynécologique		MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale		RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique		LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale		Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique		SERGENT.
Clinique de la Tuberculose		BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		MATHIEU.
Professeurs sans chaire		HOVELACQUE.
		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	COSTE Pathologie chirurgicale.
BARIETY Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BEZANÇON (Justin) Hydrologie.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU... Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
FUNCK Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
FEY Urologie.	JOANNON Hygiène.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.

LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOL.. Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LELONG Pathologie chirurgicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MENÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ... Pathologie médicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.

MM.

MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RENARD Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
PHILIBERT ... Bactériologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-VAL-
LERY-RADOT.
SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.

BASSET.
BROCC.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOURE.
QUÉNU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.

GUENIOT.
ECALLE.
LE LORIER.
LEVY-SOLAL.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.
LEDOUX-LEBARD
PHILIBERT, agrégé
RUPPE
WEIL-HALLÉ

Education physique.
Radiologie clinique.
Microbiologie.
Stomatologie.
Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

Membre de l'Académie de Médecine.

*Qui nous a fait le grand honneur
de nous inspirer cette thèse et d'en
accepter la présidence.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(stage et externat).

« Il existe deux grandes « coliques hépatiques » : la calculeuse et l'hydatique. D'observation incomparablement plus rare que la première, la seconde n'en offre pas moins un intérêt majeur... On n'a pas simplement affaire, comme on le dit souvent, à un complexe douloureux « simulant la colique hépatique », à une « pseudo-colique hépatique ». C'est bien d'une colique hépatique véritable qu'il s'agit ».

« Dans les cas d'ictère chronique, avec des antécédents de coliques hépatiques et un tableau clinique rappelant celui de la lithiase, il faut penser au kyste hydatique (du lobe de Spiegel) et dans les cas où l'exploration des voies biliaires est négative, on ne devrait jamais fermer sans avoir fait l'exploration des dites régions du foie ».

Ainsi s'exprimaient, en 1919, le professeur DÉVÉ, autorité incontestée en matière d'échinococcose, parlant des kystes hydatiques du foie en général; et en 1906 déjà M. TUFFIER, plus particulièrement à propos d'un kyste « à dégénérescence calcaire ».

L'un des premiers, CHAUFFARD en 1920 signalait les « manifestations pseudo-lithiasiques » d'un kyste calcifié du foie avec « hépatite péri-kystique ».

Depuis, les progrès du diagnostic radiologique et le développement de la chirurgie ont attiré l'attention

sur cette forme évolutive de l'hydatidose intéressant l'organe le plus souvent touché¹ : les kystes du foie calcifiés ou en voie de calcification. En Amérique du Sud, en Islande, en Italie, en Allemagne, en Russie, dans les pays de langue française et surtout en Afrique du Nord un nombre important d'observations furent publiées. Dernièrement ont été entrepris en Algérie et en France des essais d'ensemble sur les kystes calcifiés en général et ceux du foie en particulier.

Une certaine concordance entre ces observations relatives aux kystes hépatiques calcifiés, auxquelles vient s'ajouter le supplément de quelques constatations faites dans le service de M. le Professeur LOEPER, nous a amené, selon les vues de nos maîtres, à considérer la question sous un aspect clinique plus restreint.

Nous ne reproduirons pas une historique détaillée des kystes hydatiques calcifiés du foie. Rappelons seulement qu'introduits dans le domaine de la clinique, par CHAUFFARD, ils ont connu, en raison de leur opacité, les faveurs de la radiographie (travaux de CLAESSEN, de LEDOUX-LEBARD); que leur traitement exclusif, l'intervention chirurgicale, d'ailleurs variable avec les multiples cas particuliers et les opérateurs (COSTANTINI), se justifie par la possibilité d'un reste de vitalité du kyste et d'une évolution qui n'est pas toujours sans danger.

Pas plus que ces méthodes chirurgicales, nous

(1) Sur 145 k. calcifiés, 109 du foie (VIGNARDOU).

n'envisagerons la pathogénie de la calcification, ni l'étiologie de ces kystes calcifiés, ni leur étude radiologique complète.

Nous nous en tiendrons au plan suivant :

— rassembler plusieurs observations où le syndrome de colique hépatique constitue une manifestation majeure du kyste calcifié;

— en rapprocher d'autres observations dont la symptomatologie est plus dissociée ou plus trompeuse, ou compliquée d'une affection associée;

-- essayer d'en dégager les points communs, de les éclairer par quelques notions de pathogénie, et d'en tirer, faisant état de la radiographie et des données du laboratoire, en premier lieu de l'éosinophilie, un enseignement clinique.

I. — OBSERVATIONS A SYMPTOMATOLOGIE

« PSEUDO-LITHIASIQUE »

OBSERVATION I.

(originale ¹⁾).

La malade, Hélène C., âgée de 37 ans, entre dans le service du Professeur LOEPER le 18 mai 1936 pour douleurs siégeant dans l'hypochondre droit.

Ces douleurs sont en général brusques, survenant surtout après le repas du soir; elles sont localisées au rebord costal du côté droit, sans irradiations franches; parfois prolongées, mais s'exacerbant en paroxysmes particulièrement violents deux ou trois fois dans la journée.

Elles s'accompagnent de fièvre à 39°.

Depuis l'année 1928, cette femme souffrait fréquemment du côté droit. Sa première crise remonte à plus de huit ans; elle était caractérisée par des douleurs dans l'hypochondre droit irradiant nettement à l'épaule droite, durant quelques heures, puis s'atténuant sans disparaître complètement. Avec ces douleurs, quelques nausées, un peu de fièvre, un peu d'ictère, parfois même décoloration des matières fécales.

On mit la malade en observation; une laparatomie exploratrice ne révéla rien dans la vésicule et on ne chercha pas plus loin.

(1) Observation présentée au cours d'une leçon de M. le Professeur LOEPER (paraîtra ultérieurement).

Un an plus tard, à la suite d'un petit écart alimentaire, nouvelle crise douloureuse, suivie cette fois d'un ictère fébrile qui dure quelques semaines. Petit à petit, les douleurs s'allongent, les crises deviennent plus importantes, la fièvre persiste plus longtemps.

La malade reste pourtant encore 3 ans sans souffrir. Après cette accalmie réapparaissent les mêmes crises douloureuses à siège constant, l'hypochondre droit, à allure paroxystique, se succédant pendant 3 à 5 mois, et laissant toujours entre elles une sensibilité marquée de toute la région.

A l'entrée à l'hôpital, cette malade avait assez bonne mine, un certain embonpoint, un état général peu altéré. Mais son teint était légèrement ictérique.

L'abdomen n'était pas météorisé; pas de circulation collatérale. Du côté droit, hyperesthésie cutanée; bien que la défense soit peu marquée, on a de la difficulté à palper la région vésiculaire qui est extrêmement douloureuse. Le foie semble un peu gros, son bord inférieur déborde de deux travers de doigt le rebord costal. Le signe de Murphy est net; on devine la vésicule et dans celle-ci une résistance.

A la base pulmonaire droite, matité et râles perceptibles.

Température à 39°. Urines acajou dans lesquelles on trouve des sels biliaires. Décoloration des matières.

L'état de la malade reste stationnaire pendant les jours qui suivent. On l'observe avec attention. Tous les soirs vers 20 heures, réapparaît un paroxysme

douloureux dans la région iliaque droite, si marqué qu'on se demande si le rein ne participe pas à ces manifestations. Mais l'examen du sang et des urines reste négatif. Des vomissements surviennent.

Ce tableau oriente vers la vésicule biliaire. Le tubage duodénal ne ramène pas de bile B. Une radiographie révèle dans la région vésiculaire un certain nombre de taches. On pense à une cholécystite calculieuse ou à une vésicule biliaire avec cailloux et paroi calcifiées.

L'examen du sang, à côté d'un taux de cholestérol banal, révèle une éosinophilie importante : 20 %, puis 19 et encore 19 à quelques jours d'intervalle. L'idée du kyste hydatique vient à l'esprit; on pratique la réaction de Casoni qui est négative.

La malade est alors envoyée en chirurgie.

Examens de laboratoire avant l'intervention :

19 mai : Urines, examen bactériologique négatif.

Sang-Urée : 0,24.

Cholestérol : 2,60.

Hémoculture négative.

Numération globulaire et formule leucocytaire :

G. R. : 4.010.000,

G. B. : 7.200,

Polynucléaires : 45,

Eosinophiles : 20,

Lymphocytes : 16,

Moyens mononucléaires : 11

Grands mononucléaires : 7.

20 mai : B. W., Hecht et Meinicke : négatifs.

21 mai : Recherche de parasites dans les selles : négative.

25 mai : Formule sanguine :

G. R. : 3.990.000

G. B. : 8.800

Poly : 46

Eosino : 19

Lympho : 10

Moyens mono. : 11

Grands mono. : 14

26 mai : Séro diagnostic pour spirochétose ictéro-hémorragique : négatif.

30 mai : Sang : Cholestérol : 1,80

Calcium : 0,107

2 juin : Formule sanguine :

G. R. : 3.880.000

G. B. : 7600

Poly : 59

Eosino. : 19

Lympho. : 8

Moyens mono. : 13

Grands mono. : 7

La malade est opérée par M. Bréchet. La laparotomie ne conduit pas sur une vésicule, mais sur une masse dure, rouge, qui paraît d'abord être un néoplasme du foie. Mais en essayant de libérer cette masse, l'opérateur se rend compte qu'elle est légèrement fluctuante, qu'elle n'a pas la dureté du néoplasme. La ponction ramène du liquide qui fait pen-

ser à celui d'un kyste hydatique infecté. La poche est alors ouvert et vidée : on trouve des vésicules filles. Marsupialisation.

Quatre mois après, la malade est guérie.

L'examen de la pièce a montré une quantité considérable de calcium (3 gr. 0/00). Il s'agissait donc d'un kyste hydatique calcifié du foie infecté, probablement doué encore d'une certaine vitalité, et qui s'était traduit d'une façon analogue à une colique hépatique lithiasique.

Formules hématologiques après l'intervention :

18 juin : G. R. : 3.660.000

G. B. : 11.400

Poly. : 74

Eosino. : 5

Lympho. : 6

Moyens mono. : 7

Grands mono. : 8

19 octobre : G. R. : 4.180.000

G. B. : 6200

Poly : 67

Eosino. : 6

Lympho. : 8

Moyens mono. : 15

Grands mono. : 4

OBSERVATION 2.

(Tuffier).

Homme de 36 ans, entré le 15 janvier 1905 pour douleur récidivante de l'hypochondre droit.

Deux mois auparavant, première crise douloureuse violente siégeant dans l'hypochondre droit, se calmant au bout de trois quarts d'heure pour reprendre ensuite 3 ou 4 fois; le lendemain, plusieurs autres crises douloureuses accompagnées de vomissements, de fièvre légère, d'urines acajou et de selles décolorées. On avait diagnostiqué colique hépatique et fait un traitement approprié.

On constate alors un ictère sans hépatomégalie, avec acholie et cholurie; une région vésiculaire douloureuse.

Comme M. MILIAN, M. TUFFIER pense à une obstruction du cholédoque par calcul biliaire.

A l'intervention, l'exploration des voies biliaires est négative. On sent, au niveau du lobe de Spiegel, une tuméfaction « molle et à peine rénitente à gauche, à droite d'une dureté ligneuse, d'une résistance calcaire en nappe ».

Donc kyste hydatique à dégénérescence calcaire comprimant les voies biliaires; l'incision fait constater des vésicules hydatiques.

OBSERVATION 3.

(Mariano Castex, Romano et Beretervide).

Femme de 38 ans.

A l'âge de 28 ans, fortes douleurs à l'hypochondre droit, localisées surtout dans la région vésiculaire. Ces crises douloureuses se répètent irrégulièrement; dans les intervalles, pesanteur douloureuse et dyspepsie.

En mai 1934, syndrome caractérisé par des nausées, de l'ictère, avec acholie et cholurie; persistance des douleurs vésiculaires. En août 1934, nouvelle crise, ictère plus marqué. Dans les deux épisodes, ictère, acholie et cholurie oscillent d'intensité. A l'examen, foie augmenté de volume et de consistance, douloureux dans la région cystique.

La radiographie montre, dans la région vésiculaire une ombre semi-circulaire à concavité supérieure contenant des ombres plus petites, se déplaçant avec les positions du malade et semblant se disloquer comme des calculs.

Cholestérine : 2,80.

Eosinophiles : 3 %.

On « accepta » comme diagnostic celui de lithiase vésiculaire avec épisodes ictériques et douloureux à répétition.

A l'intervention chirurgicale, la vésicule apparut d'aspect et de volume normal. Derrière elle, sur la face inférieure du foie, une masse dure, grosse comme un poing, à parois calcaires, contenant des hydatides.

OBSERVATION 4.

(Service du Prof. Cunéo, décrite par Faliu).

Femme de 30 ans, entrée pour douleurs dans l'hypochondre droit.

Elle a eu sa première crise à l'occasion d'une grossesse, à 20 ans. On dit : colique hépatique : « Crises courtes de 1 à 2 heures, mais particulièrement intenses, survenant le plus souvent 5 à 6 heures après l'ingestion d'aliments; douleurs atrocement vives au niveau de l'hypochondre droit, irradiant vers la pointe de l'omoplate et l'épaule droite, s'accompagnant de nausées, vomissements, jamais d'ictère. Entre les crises persiste fréquemment un point douloureux dans la région vésiculaire et dans le dos, avec état nauséeux...

La vésicule est très douloureuse au palper... ».

L'examen radiographique montre une ombre à la 12^e côte. On diagnostique : cholécystite calculeuse.

Or, à l'intervention chirurgicale, M. SÉNÈQUE trouve plusieurs petits kystes hydatiques légèrement calcifiés, 4 à 5 dans le lobe droit, 3 à 4 dans le lobe gauche.

OBSERVATION 5.

(Détré).

Femme de 50 ans.

Douleurs dans l'hypochondre droit irradiée à l'épaule.

A l'examen, petite tumeur sous le rebord costal, faisant penser à la vésicule.

A la radiographie, ombre suggérant l'idée d'un kyste hydatique calcifié.

L'opération confirme le diagnostic.

OBSERVATION 6.

(Brun et Vignardou).

Homme de 45 ans.

Depuis un an et demi, douleurs dans l'hypochondre droit à la radioscopie, petite ombre paraissant être la vésicule.

Diagnostic de cholécystite.

A l'intervention, on trouve un petit kyste calcifié situé en dehors de la vésicule.

OBSERVATION 7.

(Costantini, Curtillet et Liaras).

Homme de 46 ans.

Deux crises de coliques hépatiques.

La radiographie, faite à l'occasion de la 2^e crise, révèle deux kystes calcifiés du lobe droit.

OBSERVATION 9.

(Gavazzeni).

Homme de 38 ans.

Douleurs de l'hypochondre droit avec ictère.

A la radiographie, kyste hydatique calcifié du foie.

OBSERVATION 10.

(Guarini).

Malade présentant des douleurs à type de coliques hépatiques, avec ictère et fièvre.

Diagnostic de lithias biliaire.

La radiographie et l'intervention font conclure à un kyste hydatique calcifié du foie.

OBSERVATION 11.

(Arce et Bréa).

Hommes de 56 ans. Violentes douleurs dans l'hypochondre droit. Casoni positif. Eosinophilie à 15 %.

Enucléation d'un kyste, à parois calcifiées, à contenu pyogazeux.

OBSERVATION 12.

(Klauber).

Femme opérée pour lithiase vésiculaire.

Deux ans après, douleurs et ictère.

A l'intervention, kyste calcifié du lobe droit du foie ouvert dans les voies biliaires.

OBSERVATIONS 13.

(Caeiro).

I. Femme de 33 ans.

Depuis 10 ans, crises douloureuses hépatiques ayant fait poser le diagnostic de lithiase biliaire.

La radio montre un kyste hydatique calcifié du lobe droit.

II. Femme de 32 ans.

Depuis 5 mois, douleurs hépatiques avec ictère léger et prurit.

A la radiographie, image de kyste hydatique calcifié dans le lobe droit.

III. Femme de 59 ans.

Depuis 3 mois, douleurs de l'hypochondre droit. Diagnostic de lithiase biliaire.

A la radiographie : kyste hydatique calcifié.

IV. Femme de 48 ans.

Depuis 6 mois, douleurs vésiculaires.

A la radiographie, image de kyste hydatique calcifié.

II. — OBSERVATIONS

A SYMPTOMATOLOGIE VARIABLE

OBSERVATION 14.

(Chauffard, Lejars, Ronneaux, Brodin).

Homme de 50 ans, qui présente une vive douleur hépatique à la suite d'une grippe.

Cette douleur persiste, s'accompagne d'un amaigrissement considérable, d'une fièvre à 38°. Augmentation notable du volume du foie.

On pense à un néoplasme, à une infection vésiculaire, à une angiocholite, à une hépatite de caractère mal déterminé.

Une radiographie montre une ombre dans le lobe droit.

M. LEJARS intervient; énucléation d'un kyste calcifié avec hépatite périkystique.

OBSERVATION 15.

(Pâisseau et Oumansky).

Jeune femme de 27 ans.

A présenté deux crises douloureuses abdominales avec nausées et fièvre.

A l'examen, région hépatique sensible.

On pratique une radiographie, ayant en vue la vésicule biliaire. On constate une image correspondant à un kyste calcifié (bien qu'on n'ait pu en faire la preuve).

OBSERVATION 16.

(Moiroud).

Homme âgé de 64 ans.

Depuis 13 ans environ, souffre de douleurs sous le rebord costal; elles durent un jour ou deux, puis disparaissent quelques mois.

En 1927, on constate une tumeur de surface irrégulière, lobulée, appartenant au foie et dont le bord inférieur se rapproche de l'ombilic. Etat général déficient; malade, pâle et amaigri.

A la radiographie, on voit une image de kyste hydatique à développement antéro-inférieur.

A l'ouverture, volumineux kyste hydatique calcifié de la face inférieure du lobe droit.

OBSERVATION 17.

(Marcel Labbé, Boulin et Dreyfus).

Femme de 60 ans.

Depuis deux ans, troubles digestifs (pesanteur épigastrique post-prandiale avec sensation d'étouffements, souvent terminés par un vomissement alimentaire; plus rarement douleurs véritables siégeant dans la région ombilicale et l'hypochondre droit, sans irradiations) allant en s'aggravant; diminution de l'appétit, asthénie, amaigrissement considérable.

On croit à un cancer gastro-pylorique.

A la radiographie, on constate une ombre ovalaire,

à grand axe vertical occupant les quatre derniers espaces intercostaux, à droite. Les bords, plus opaques que sa surface, sont d'un dessin irrégulier... A l'intérieur de la pénombre tumorale, on distingue de petites images sombres, d'un contour plus ou moins circulaire.

La réaction de Weinberg, l'intra-dermo de Casoni ont été négatives. Toutefois éosinophilie de 7 %.

A l'intervention chirurgicale, kyste calcifié inclus entre le lobe hépatique et la vésicule biliaire.

OBSERVATION 18.

(Célice, décrite par Faliu).

Femme de 59 ans, ictérique, entrée par la consultation du Dr. CÉLICE, dans le service de M. RAMOND, à Laënnec.

Ictère remontant à 4 mois, sans température, sans phénomènes gastro-intestinaux. Amaigrissement progressif de 8 kg. Ictère léger, s'accompagnant de cholestase; prurit.

A l'examen physique, hépatomégalie avec tuméfaction préhépatique.

Eosinophilie à 8 %.

La radiographie montra, de face, une ombre qui fit soupçonner un kyste hydatique calcifié, tout en faisant réserver le diagnostic de néoplasie.

Le Pr. PROUST trouva à l'exploration un kyste hydatique à parois en partie crétacées, sous-diaphragmatique.

III. — OBSERVATIONS PARTICULIERES

(SYPHILIS ET LITHIASE ASSOCIEES)

OBSERVATION 19

(Pinard, Debray et Corcos).

Femme de 65 ans, admise en 1934 pour douleurs à l'hypochondre droit et dyspnée d'effort.

A 55 ans, se plaignait de troubles divers (douleurs à l'épigastre, fatigue, précordialgies). La radiographie ne montre pas de lésion gastrique.

En 1928, on découvre un gros foie irrégulier et une maladie de Hogdson, avec signes de syphilis (B. W. fortement positif). Le foie était très augmenté de volume, débordant largement le rebord costal, dur, très sensible au palper, peu mobile avec les mouvements respiratoires. On remarque, accolée à la face inférieure du foie, une tumeur ferme, de la taille d'une mandarine.

La radiographie montre deux masses calcifiées.

On pensa au kyste hydatique. Mais à l'examen du sang, pas d'éosinophilie; réaction de CASONI négative. La réaction de WEINBERG ne fut pas pratiquée.

L'idée vient alors d'un cancer du foie, ou plus probablement de gommes syphilitiques. On institue un traitement spécifique qui semble amener une amélioration; le foie diminue de dureté et de sensibilité, devient plus mobile. Mais la bosselure n'en persiste pas moins, avec son équivalent radiographique.

M. LENORMANT intervient. Il trouve, faisant corps avec le lobe carré, une tumeur calcifiée en avant, renfermant un magma caséeux jaunâtre.

L'examen histologique (HUGUENIN et GALLIARD) établit qu'il s'agissait d'un kyste hydatique multiloculaire très ancien, en partie calcifié, et ayant probablement suppuré.

OBSERVATION 20.

(Delfor del Valle).

Femme avec antécédents de coliques hépatiques nettes.

A l'examen physique, tumeur de l'hypochondre droit, se mobilisant avec les mouvements respiratoires; cette tumeur est indolore.

L'examen radiographique montre une masse dans le lobe gauche du foie, en avant de la colonne vertébrale, paraissant distincte de la vésicule biliaire, laquelle est visible au tétraïode. Pourtant dans cette vésicule il y a des taches. On ne fait pas le diagnostic formel d'atteinte vésiculaire, on y pense et on porte celui de kyste hydatique calcifié.

A l'opération et à l'examen des pièces, on trouve un kyste hydatique calcifié et une vésicule lithiasique.

En comparant les observations de la première série du point de vue des manifestations cliniques et si l'on fait abstraction de la radiographie, on retrouve au complet, particulièrement dans le cas que nous présentons, le syndrome de colique hépatique : douleur à début brutal, paroxystique, siégeant dans l'hypochondre droit, irradiant à l'épaule, accompagnée la plupart du temps de fièvre, souvent d'ictère ou de subictère.

La douleur présente-t-elle des caractères particuliers lorsqu'il s'agit d'un kyste calcifié ? On ne peut le dire; qu'elle fasse partie du syndrome ou qu'elle demeure longtemps le seul symptôme, elle semble dans la majorité des cas marquer le début des troubles fonctionnels. Parfois elle reste un épisode unique; le plus souvent elle se traduit par des crises intermittentes plus ou moins durables, parfois rythmées sur les repas, espacées à intervalles de plusieurs mois ou plusieurs années. Il subsiste entre ces douleurs soit une simple gêne, soit un point de côté, soit un point sensible dans la région vésiculaire. Fréquemment les crises initiales réalisent de véritables coliques hépatiques; puis ces douleurs se prolongent; les signes concomitants, fièvre, ictère, sont plus tenaces; progressivement s'installe une douleur permanente « sur laquelle se hérissent des douleurs paroxystiques ».

Etat nauséeux et même vomissements les accompagnent souvent. Elles présentent tous les degrés, pouvant se réduire à de la pesanteur épigastrique, à une vague dyspepsie, pouvant aller, comme dans le cas de LORENZO et OMACINI jusqu'à participer à un syndrome aigu analogue à celui d'une perforation.

L'ictère fait généralement suite au tableau de colique hépatique. Ictère léger, variable et passager. Parfois même l'ictère constitue la seule manifestation du kyste (obs. 18).

A l'examen physique, bien que la défense musculaire soit rare, on trouve une région vésiculaire douloureuse et un foie sensible, quelquefois de l'hépatomégalie. Il ne faut pas s'attendre à trouver une tumeur; même en l'absence d'épisodes douloureux, la tumeur n'est pas un signe fréquent de kyste calcifié. Fait à noter toutefois, dans un cas curieux de coexistence prouvée de lithiasé biliaire et d'un kyste hydatique calcifié, la tumeur fut le seul phénomène clinique (obs. 20).

Les signes généraux retiendront notre attention; non pas tant les troubles de l'état général, peu fréquents, que la fièvre, laquelle est fréquente et paraît être significatrice d'infection.

Nous sommes ainsi amené à aborder la question controversée de la pathogénie de ces kystes calcifiés.

A quoi attribuer ces crises paroxystiques qui se confondent de si près avec celles de la lithiasé biliaire ?

Une première considération, capitale : bien qu'on parle de « kyste calcifié », ce n'est pas le kyste qui se calcifie le premier, mais bien la « zone périkyستique » du foie; l'hôte, puis le parasite. Calcification ne veut donc pas dire mort du parasite, même si elle doit en être la cause (présence de vésicules dans les pièces).

Au terme de « nécrose aseptique », employé d'abord par CHAUFFARD, aux théories classiques d'involution du kyste, processus de guérison, a succédé l'opinion que le kyste calcifié, surtout « multiloculaire... peut devenir le point de départ de complications infectieuses » (DÉVÉ).

La colique hépatique du kyste hydatique calcifié peut relever d'une pathogénie différente de celle du kyste ordinaire. La colique hépatique de ce dernier doit reconnaître pour cause primordiale, selon DÉVÉ, « le corps étranger migrateur obstruant la voie biliaire », membranes ou vésicules; « secondaire est le rôle des phénomènes inflammatoires péricholécystique et angiocholitique ».

Il n'en est plus de même pour le kyste calcifié, souvent mort, et dont la coque s'oppose à une ouverture dans les voies biliaires.

Indépendamment de la topographie hépatique des kystes (kystes profonds, kystes superficiels) et de leur nombre (uni- ou multiloculaire), on a formulé plusieurs hypothèses. Il peut s'agir d'une compression des voies biliaires, pensait TUFFIER; de bili-spasmes douloureux réflexes par action irritante lo-

cale du kyste, d'après CHAUFFARD; d'une péritonite sous-hépatique entraînant un spasme des voies biliaires (DE GIOVINI). CASTEX parle également d'hépatite probablement toxique engendrée par le kyste.

Il semble bien qu'on doive reconnaître l'infection pour cause importante des manifestations pseudolithiasiques du kyste calcifié. Tel kyste jusque-là silencieux qui se manifeste tout à coup par une colique hépatique, telle douleur qui disparaît une semaine pour réapparaître semblent bien indiquer, soit une suppuration à l'intérieur du kyste, ou que le kyste infecté « s'entoure d'une zone péri-kystique infectée qui amène une irritation permanente », soit que ce corps étranger intra-hépatique détermine un point d'appel hépatique aux germes pathogènes; soit une pathogénie plus complexe (cas spéciaux de LORENZO, de MARIANTSCHIK).

Cette notion d'infection pose également la question des lésions du foie, notamment de l'insuffisance hépatique et de la cirrhose qu'on a rattachées aux kystes hydatiques.

Pour M. LOEPER, pas plus que les kystes ordinaires, les kystes calcifiés ne paraissent donner lieu à de l'insuffisance hépatique; ils ne doivent pas en général altérer le parenchyme hépatique « s'y implantant sans le léser ». Lorsque les épreuves d'exploration fonctionnelle semblent marquer une insuffisance hépatique, on peut admettre que le kyste n'est pas en cause, à moins de complications intercurrentes. Dans

les cas d'altération hépatique que l'on a cités, il existait ou un ictère par compression des voies biliaires, ou une suppuration du kyste entraînant une hépatite de voisinage.

Quant à la cirrhose liée au kyste hépatique, dont l'hypothèse a été formulée dans une observation de MAY et BOCCAGE, elle serait secondaire à la stase biliaire et à l'infection et ne constituerait pas une lésion du foie spécifiquement hydatique. Telle apparaît également l'opinion de M. DÉVÉ à propos d'un cas de sclérose du foie.

Sur 35 observations cliniques parmi les plus intéressantes de kystes calcifiés du foie, nous avons relevé 8 cas où les douleurs prenaient le type de coliques hépatiques; 7 cas où la douleur était moins caractéristique; 6 cas d'ictère ou de subictère; 7 cas de gros foie; et dans 6 autres cas, aucun symptôme.

Ainsi, le kyste, dans le cas où il n'est pas une découverte fortuite de la radiographie, peut poser un diagnostic embarrassant. Le plus souvent, c'est à ces affections qu'on pense d'abord, vu la rareté relative en France du kyste calcifié comparé par exemple à la lithiase. Il semble cependant qu'on pourrait en soulever l'hypothèse au lit même du malade.

Les voies biliaires ne sont pas les seules à égarer l'attention, et c'est pourquoi nous avons ajouté une observation orientant vers un diagnostic de syphilis hépatique. On pourrait en citer d'autres où les ma-

nifestations ou les signes physiques sont ceux d'un cancer du foie ou même d'une lésion pulmonaire.

Il est certain que la radiographie apporte dans ces cas le plus précieux appoint. Toutefois, elle demande elle-même une interprétation, comme le montre notre observation I et le cliché qui s'y rapporte.

On peut schématiser ainsi les aspects radiologiques des kystes calcifiés du foie :

Tantôt, c'est le type « annulaire »; les parois du kyste, parfois dédoublées en apparence, ininterrompues, ont la forme d'un anneau complet.

Tantôt l'intérieur du kyste prend un aspect « granuleux, marbré, trabéculaire » (LEDoux-LEBARD), « en treillis » (LOEPER).

Tantôt on voit une masse calcaire se présentant comme un énorme calcul hépatique.

Tantôt l'opacité se réduit à quelques taches; si l'on observe attentivement ces taches, on s'aperçoit « qu'elles sont incluses dans un cercle imaginaire à peu près régulier ». Elles simulent alors singulièrement, quand elles sont rapprochées, les calculs biliaires : et cette confusion possible pose un deuxième diagnostic avec la lithiase biliaire, lorsqu'il n'y a pas association. C'est dans ces cas qu'il est indiqué de faire varier les positions du malade : les calculs se modifient, alors que les taches kystiques ne changent pas. Au besoin, on pratiquera une cholécystographie.

Signalons encore les erreurs possibles dues aux calcifications costales ou à une vésicule calcifiée.

Devant l'incertitude de la clinique et parfois de la radiographie, le laboratoire apporte des indices appréciables.

Nous laisserons de côté les épreuves biologiques (réaction de fixation du complément de WEINBERG, intradermo-réaction de Casoni) qui connaissent des fortunes diverses sans rien perdre de leur intérêt, pour insister sur l'éosinophilie, tant au point de vue du dépistage que du diagnostic de vitalité des kystes hydatiques calcifiés du foie.

« Le diagnostic d'obstruction du cholédoque par calcul biliaire nous paraissait tellement franc que nous négligeâmes — fait exceptionnel dans le service — l'examen du sang », lit-on dans le compte-rendu de TUFFIER.

Plusieurs autres observations ne mentionnent pas la formule sanguine. D'autres n'en soulignent pas l'intérêt. En ce qui concerne le cas même que nous décrivons dans l'observation I, l'examen du sang avait donné les taux suivants d'éosinophilie : avant l'intervention, successivement 20 et 19 p. 100; après l'intervention, le nombre d'éosinophiles était tombé à 5 % ; quatre mois après, il était encore à 6 %.

Dans le cas de Labbé, Boulin et Deyfus, on avait remarqué l'éosinophilie qui s'élevait à 7 %, en dépit d'un Weinberg et d'un Casoni négatifs. L'observation 15 montre également une éosinophilie de 8 %.

Dans le cas de Arce et Bréa, forte éosinophilie à 15 %, associée d'ailleurs à un Casoni positif et à une image radiologique caractéristique.

On ne saurait trop souligner ce fait lorsqu'il s'agit

d'un kyste calcifié, lequel, peu vivant en général, donne peu de réactions générales, et touchant lequel les réactions biologiques sont assez peu fidèles.

Plusieurs statistiques ont été publiées sur les kystes hydatiques en général; certaines signalent de très fortes éosinophilies :

Boidin et Chauffard : 38 %.

Augier : 57 %

Wayer jusqu'à 74 %.

La statistique de Ithurat comporte des taux qui oscillent aux environs de 7 % et qui ne dépassent pas 15 %.

L'éosinophilie, sans devoir être considérée comme une réaction spécifique des kystes, peut donc indiquer cette parasitose, quand on a éliminé les autres. Elle comporte dans le diagnostic des kystes calcifiés du foie une valeur certaine; si son absence n'exclut rien, sa présence paraît constituer un signe important en faveur de l'échinococcose.

Sa disparition après l'extirpation chirurgicale, son défaut dans certains cas pouvaient faire escompter une certaine signification quant au diagnostic de vitalité du kyste calcifié. Il serait intéressant de savoir avant l'intervention si le kyste est mort et par conséquent quel est l'état de ses parois. De plus, la disparition après l'opération permettrait « de conclure à l'ablation totale du parasite » (Chiray). Malheureusement les statistiques montrent qu'elle n'est nullement probante, et que seule la constatation de scolex dans le kyste (ou la présence de glycogène dans sa paroi) permet de conclure à sa vitalité.

CONCLUSIONS

Les kystes hydatiques calcifiés du foie, lorsqu'ils s'extériorisent, se présentent volontiers, au début et au cours de leurs manifestations cliniques, sous la forme de coliques hépatiques. Ils prêtent la plupart du temps à erreur avec la lithiasé biliaire, et dans le diagnostic d'une obstruction calculeuse du cholédoque ou d'une cholécystite, il faut discuter la possibilité, beaucoup plus rare il est vrai, de leur existence.

Le syndrome de colique hépatique est alors souvent caractéristique et au complet, mais le kyste calcifié peut ne se traduire que par des douleurs dans l'hypochondre droit ou un ictère isolé. Parfois la symptomatologie est plus pauvre encore, ou plus trompeuse, surtout s'il y a lésion du foie associée.

Il semble que l'infection joue un rôle important dans l'apparition de ces crises paroxystiques.

C'est la radiographie qui fait dans la majorité des cas le diagnostic de kyste calcifié. Encore demande-t-elle à être interprétée, particulièrement quand les images font penser à des calculs biliaires, et à plus forte raison s'il y a coexistence de lithiasé et d'échinococcose.

Les méthodes de laboratoire gardent leur valeur de présomption. En particulier, une éosinophilie sanguine importante peut faire soupçonner parmi les parasitoses le kyste hydatique, bien qu'elle soit insuffisante à faire juger de sa vitalité.

Lors d'une exploration des voies biliaires qui se montre négative, et devant certaines données de la clinique, le chirurgien devra s'assurer qu'il ne s'agit pas de kyste hydatique calcifié du foie.

Vu :

Le Président de la Thèse,
LOEPER.

Vu :

Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu et Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.



BIBLIOGRAPHIE

- AFIFI. — Un cas de kyste hydat. calc. du foie. *Brit. J. Radiol.*, sept. 34.
- ANDERSON. — Valeur diagnost. des tests biol. de l'échinococcose. 5^e Congr. méd. de l'Afr. du Nord, avril 35.
- ARCE et BREA. — Un cas de pyopneumok. calc. du foie. *Sem. méd.*, sept. 34.
- BEYER. — Das Zusammentreffen Gallensteinkolik und Leberechinok. *Zeits für chir.*, 1904.
- CASTEX, ROMANO ET BERETERVIDE. — Hydatid. du foie à forme pseudolithias. *Arch. des mal. de l'appareil dig.*, mars 1935.
- CHAUFFARD et LEJARS. — Dg. clin. et sol. opér. d'un k. calc. du foie. *Bull. Acad. Méd. Paris*, 1920.
- CHAUFFARD. — Les formes douleur. des k. h. du foie. *Ann. Méd.*, 1917.
- COSTANTINI, CURTILLET, LIARAS. — 2 k. h. calc. du foie. *Soc. chir. Alger* 1935.
- CUCCO. — K. h. calc. du foie. *Bull. et Mém. Piémont, de chir.*
- DELFOR del VALLE. — Vésic. colest. quiste hidat. calc. del feg. *Rév. méd. lat. amér.*, nov. 1927.
- DÈVE. — K. h. du foie et Lith. bil. *C. R. Soc. Biol. Paris* 1929.
 — La col. hépat. hydat. *C. R. Soc. Biol. Paris* 1929.
 — Traité de Médecine (Roger, Widal, Teissier).
- DÈTRE. — K. h. c. de la face inf. du foie. *Journ. Rad. et Electr.*, juin 1928.
- FALIU. — Les k. h. c. du foie. *Thèse Paris*, 1936.
- FINZI. — Ictère par compr. dans les k. h. du foie. *La Rif. Méd.*, mai 1934.
- GAVAZZENI. — Cas peu fréquent de k. à échinoc. calc. du foie. *La Rif. Méd.*, nov. 1934.
- GUARINI. — Raro reperto di cist. echin. del feg. calc. *Rad. méd. Milan* 1924.
- GUTIERRE. — Quiste hidat. calc. de feg. colelit. *Rev. Cir.*, Buenos-Ayres, 1927.
- ITHURRAT et CACAGNO. — Réactiones biol. de l'hydat. *Congr. méd.* Buenos-Ayres, 1927.

- JAUREGUI et MONSERRAT. — Contr. à l'ét. des k. h. c. *Ann. d'Anat. pathol.* 1932.
- LABBÉ, BOULIN et DREYFUS. — K. h. c. du foie. *Soc. Méd. Hop.* Paris, nov. 1933.
- LABBÉ, LOMON et SELIGMAN. — Diagn. des k. h. intrahépat. *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, Paris, mai 1928.
- LEDoux-LEBARD et GARCIA CALDERON. — Dg. radiol des k. h. c. du foie. *B. et M. Soc. Radiol, Méd. France*, janvier 1934.
- LOEPER. — Formule leucocyt. des infect. et intoxic. expér. et humaines. *Ann. de Pathol.*, sept. 1902.
- Dg. des k. h. par les méthodes de labor. *Clin et Laboratoire de l'Hôtel-Dieu*, 1904.
- LORENZO et OMACINI. — Quiste hidático calcificado dal lóbulo izquierdo del Ligado y sindroma agudo tipo perforación. *Rev. Méd. lat. améric.*, fév. 1933.
- MARIANTSCHIK. — Ein Fall von Leberechin. Verkalkung in Zusammenhang mit Gallensteinerkrankung. *Centralblatt f. chir.*, janv. 1926.
- MARLOIS. — L'éosinophilie dans les k. h. — *Thèse Lille*, 1908.
- MAY et BOCCAGE. — K. h. suppuré latent avec cirrhose hypertrophique. *Soc. méd. des Hôp.*, 1926.
- PAISSEAU et OUMANSKY. — Images radiol. des k. h. calc. *Soc. Méd. Hôp.*, juin 1928.
- POURTEAU. — Etude radiol. des k. h. du foie. *Thèse Bordeaux*, 1931.
- RANDAVEL. — Contr. à l'étude des k. h. c. du foie. *Thèse Alger*, 1923.
- RONNEAUX. — K. h. c. du foie. *Bull. de la Soc. franç. d'électro-radiol.*, 1920.
- TUFFIER. — Ictère chron. et col. hépat. symptomat. des k. h. du lobe de Spiegel. *Sem. médic.*, 1906.
- VALLARINO et CICHERO. — K. h. c. du foie. *Nederland Tijdsch. v. Geneesk.*, 1934.
- VIGNARDOU. — Contrib. à l'étude des k. h. calc. *Thèse Alger* 1936.
- WALDORP et TRELLES. — Calcific. hydat. *Bull. del Inst. de clin. chir.*, 1927.

